DISSERTATION

N° 115.

SUR

L'ASTHME;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 *juin* 1816, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine,*

PAR ANDRÉ-JÉRÔME AUPETIT, né à Huriel,

Département de l'Allier;

Elève de l'Ecole pratique de Paris.

O quantùm difficile est curare morbos pulmonum! O quantò difficiliùs est eosdem cognoscere; et de iis certum dare præsagium!

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons Sorbonne, n. 13.

1816.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER, *Examinateur.*
M. BOYER, *Examinateur.*
M. CHAUSSIER, *Examinateur.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS, *Examinateur.*
M. HALLÉ, *Examinateur.*
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M DUMERIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN, *Président.*
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.

Par délibération du 19 frimaire an 7, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEMORIÆ

OPTIMI, PRÆSTANTISSIMI PATRIS;

Chirurgi.

Verecundiæ immortalis, æterni desiderii monumentum.

ATQUE DILECTISSIMO

DOMINO ANDREÆ MEILLET,

Ad sacrum fontem pro me respondenti.

Pro insignibus beneficiis amicitiâque intactâ, hocce de medendi arte tentamen publicum, ut grati piique animi pignus.

DICO, VOVEO ET CONSECRO

AUCTOR A. J. AUPETIT.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0004vari_a4y0

INTRODUCTION.

La maladie qui est l'objet de ma dissertation a fait longtemps le tourment de la vie d'une personne bien chère à mon cœur. J'ai dû en étudier l'histoire avec d'autant plus de soin, que j'avais plus d'intérêt à bien la connaître ; mais les auteurs modernes n'ayant encore écrit sur cette affection que d'une manière générale, j'en donnerai la description, principalement d'après les symptômes observés sur les malades que j'ai eu occasion de voir.

Tout porte à croire que les anciens ont donné souvent le nom d'*asthme*, d'après la signification propre de ce mot, *à la difficulté de respirer* qui accompagne une infinité de maladies ; de là le nom de *dyspnée* qu'ils donnaient au degré le plus simple, et *orthopnée* quand le malade ne pouvait respirer que debout.

Mais il n'en est point ainsi de nos jours; le mot *asthme* est réservé pour désigner une maladie *essentielle* et *primitive*, tandis que *dyspnée* et *orthopnée* représentent ordinairement le symptôme de toutes maladies qui gênent la respiration, avec cette différence que la dyspnée peut

être habituelle, et que l'orthopnée est toujours extrêmement aiguë.

Cette manière de caractériser d'*asthme* le symptôme le plus frappant d'un grand nombre d'affections, non-seulement de l'appareil respiratoire, mais encore du système circulatoire, a dû le généraliser, comme il l'a été avant qu'on eût d'aussi exactes notions, données par M. le professeur *Corvisart*, sur les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.

On abuse encore tellement de ce nom dans le monde, que l'on croit voir partout des *asthmes*; et tel malade qui ne s'effraie que de la difficulté de respirer qu'il éprouve, désire voir cesser cet accident principal, et le rappelle toujours à l'attention du médecin, qui, s'il n'en cherche plus loin la cause, ne peut jamais parvenir à le soulager.

L'asthme aigu chez les enfans est encore peu distingué en France des autres maladies de cet âge. Depuis longtemps pourtant les médecins anglais l'ont très-bien décrit; peut-être aussi que la température toujours variable de l'Angleterre y prédispose plus que celle de nos climats. Le peu de ressources d'ailleurs qu'on tire des réponses de ces très-jeunes sujets fait qu'on confond cette maladie avec les *convulsions*; et l'usage est de dire que les

enfans *meurent de convulsions.* Cela est vrai; mais cette expression, trop vague, en raison de son étendue, peut être bornée, en appelant *asthme aigu* les spasmes des organes de la respiration, et *éclampsie* ou *épilepsie aiguë*, les convulsions musculaires, soit essentielles, soit accidentelles et produites par la présence des vers dans les voies digestives, le travail de la dentition, etc. Dans mes premières années d'étude, j'ai souvent eu occasion d'observer des cas semblables dans la pratique nombreuse de mon respectable père, dont j'ai à déplorer malheureusement la perte récente.

J'ai donc cru prendre la description de l'asthme dès son origine, c'est-à-dire, à l'état aigu chez les enfans, état toujours plus simple, bien que plus grave, et suivre ses progrès dans la forme chronique, presque exclusive chez les adultes, et surtout chez les vieillards. Cette considération me paraît d'autant plus importante, dans le cas que cette maladie commence par l'état aigu (car dans l'âge avancé elle prend ordinairement dès son début le caractère de chronicité qu'elle garde jusqu'à la mort); qu'on pourrait croire que le peu d'espoir de guérison à l'état chronique tient à ce que cette affection a été négligée à son principe.

Du reste, je suis loin de prétendre au mérite de donner

des vues nouvelles sur l'histoire de l'asthme, encore bornée ; je ne fais que rapporter la série des faits observés aux cliniques des savans praticiens sous lesquels je les ai recueillis. Qu'il me soit permis de nommer surtout M. *Fouquier*, médecin de la Charité, aussi distingué par ses connaissances exactes, que recommandable par son désintéressement pour l'instruction de ses élèves ; je me fais un devoir, à ce titre, de lui témoigner publiquement mon entière reconnaissance.

Heureux si mes efforts me méritent l'indulgence de mes juges, les savans professeurs de cette Ecole célèbre, au sein de laquelle je me félicite d'avoir puisé le complément de mon instruction! Non moins heureux encore si ce premier fruit de mes veilles me donne quelque part à la haute considération dont a joui mon père pendant plus de cinquante ans qu'il s'est voué au soulagement de ses semblables avec un zèle et un désintéressement constans! c'est le plus beau titre d'honneur que je puisse ambitionner.

DISSERTATION

SUR

L'ASTHME.

ARTICLE PREMIER.

Considérations anatomiques et physiologiques des organes respiratoires relatives à la description de l'Asthme.

Je pense qu'il ne sera pas inutile de rappeler ici la composition, la structure et l'usage des organes respiratoires qui sont le siége de la maladie qui m'occupe : je les considérerai sous trois points de vue.

1.° *Organes* qui servent à l'entrée et à la sortie alternative de l'air : c'est le *canal aérien.*

2.° *Organes* qui conduisent aux poumons et en remportent le sang, le chyle : ce sont, l'*artère* et les *veines pulmonaires.*

3.° *Organes* dans lesquels l'air, le sang, la lymphe ou chyle, éprouvent des changemens essentiels à l'entretien de la vie : ce sont les *deux poumons.*

§. I.er

Le *canal aérien* est un tuyau cylindroïde, tapissé intérieurement par une membrane perspiratoire, folliculeuse, excessivement

sensible, qui, du fond de l'arrière-bouche, se porte dans le thorax, pour se distribuer dans les poumons.

La partie supérieure de ce canal porte le nom de *larynx;* c'est l'organe spécial de la voix. Il est situé à la partie antérieure et supérieure du col; composé essentiellement de *cartilages*, unis par des lames ligamenteuses et des faisceaux musculaires.

La *trachée-artère* fait suite à cet organe, et s'étend jusque vers la deuxième ou troisième vertèbre du dos, où elle se bifurque.

Les *deux bronches* résultent de cette bifurcation; elles sont distinguées en droite et en gauche, se dirigent en bas et en dehors, en formant un angle presque droit; elles pénètrent par le milieu de la face interne des poumons, dans lesquels elles se divisent, subdivisent par une infinité de ramuscules toujours décroissans, affectant toute espèce de direction, de manière à se répandre dans tous les points de ces organes, et se terminent enfin par de petits culs-de-sac dilatés, qui forment les *vésicules pulmonaires.*

Il entre dans l'organisation de ces conduits aérifères des cerceaux fibro-cartilagineux, qui sont posés les uns au-dessus des autres et unis par une membrane élastique formée de fibres longitudinales parallèles, dont les plus superficielles sont rougeâtres, et les profondes blanches : cette membrane *extérieure* constitue seule en arrière la portion solide de ces conduits. Les vaisseaux artériels, veineux, lymphatiques, ne présentent rien de remarquable pour mon objet; leurs nerfs viennent du pneumo-gastrique et des ganglions nerveux, mais de telle manière, que les rameaux laryngés supérieurs et inférieurs ou trachéaux, qui partent du nerf encéphalique, semblent exclusivement se distribuer aux faisceaux musculeux et à la membrane muqueuse des voies aériennes, tandis que les rameaux des ganglions, qui forment en partie les *plexus pulmonaires* paraissent destinés à accompagner le système artériel de ces conduits.

§. II.

Le *sang* arrive aux poumons par l'artère pulmonaire. Elle part du ventricule droit du cœur, se divise en deux branches pour chaque poumon ; puis, après y avoir pénétré, se divise de plus en plus, mais de telle sorte, que ses ramifications accompagnent les divisions des bronches jusqu'à leur dernière extrémité. Là ces ramifications se terminent, partie par des vaisseaux exhalans chargés de dépouiller le sang veineux des molécules azotées ou carbonisées, partie par des ramuscules qui s'anastomosent avec les racines des veines pulmonaires qui se rassemblent elles-mêmes en ramuscules, en rameaux et en branches d'un volume toujours plus considérable, et qui n'abandonnent jamais les divisions des bronches et des artères ; se réunissent enfin en quatre troncs, deux à chaque poumon, et portent le sang à l'oreillette gauche, qui le transmet au ventricule du même côté, qui lui-même le chasse par un seul vaisseau (l'aorte) chargé de le distribuer à toutes les parties de l'économie animale.

La *lymphe*, le *chyle*, sont apportés aux poumons par les vaisseaux lymphatiques, qui, nés de la surface des membranes et du tissu des organes, transmettent, par deux troncs principaux, le *canal thoracique* et le grand *lymphatique droit*, dans le système des veines, tous les fluides absorbés. Ceux qui s'emparent du *chyle* pendant l'acte de la digestion dans les intestins sont connus sous le nom de *vaisseaux lactés* ou *chilyfères* ; ils ont du reste la même organisation et la même disposition anatomique que les autres, et se confondent entièrement avec eux.

§. III.

Les *poumons*, qui sont, comme on le voit, essentiellement composés du prolongement et des ramifications des parties dont nous

venons de parler, sont au nombre de deux, séparés l'un de l'autre par les médiastins (cloison verticale) et par le cœur, placés dans la cavité du *thorax*. L'un à droite, plus gros, est divisé en trois lobes ; l'autre, plus petit, n'est divisé qu'en deux : ce sont des organes spongieux, membraneux, vésiculaires, expansibles, de forme et de volume variables, ordinairement en rapport avec les cavités qu'ils occupent.

En examinant leur texture, on reconnaît que chaque poumon est divisé en plusieurs lobules distincts, résultant de l'accolement des divisions des bronches, des artères, et des veines pulmonaires réunies par un tissu cellulaire très-fin, non-graisseux, fort extensible, et susceptible de devenir *emphysémateux* avec la plus grande facilité, par la rupture de quelques divisions bronchiques. Enfin, l'assemblage de tous ces lobules où il entre beaucoup de nerfs, provenant surtout des ganglions *cervicaux* et *thoraciques*, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, est recouvert par les *plèvres :* ce sont des membranes *minces, diaphanes, perspirables*, qui revêtent intérieurement chaque côté de la poitrine, et se réfléchissent de là sur l'un et l'autre poumon, formant par leur adossement les médiastins, ou cloison médiane qui partage en deux parties la longueur du thorax ; leur surface interne, lisse, polie, humectée par de la sérosité, et libre de toute adhérence dans l'état naturel, est dans un rapport continuel avec elle-même, et représente une cavité sans ouverture : c'est dans cette cavité que se font les épanchemens séreux qui constituent l'*hydrothorax*.

§. IV.

L'usage de tous ces organes est de servir à la première des fonctions vitales, la *respiration*.

La *respiration* est cette action des poumons qui, par un mouvement alternatif d'inspiration et d'expiration, reçoivent dans leurs cavités de l'air atmosphérique ; tandis qu'en même temps le

sang, apporté de toutes les parties du corps, traverse le tissu de ces organes, y fournit une excrétion vaporeuse entraînée au-dehors avec l'air expiré ; et que le résidu est repris avec des mollécules de l'air, par les radicules veineuses et les suçoirs absorbans, pour être porté dans le torrent de la circulation. Cette fonction complexe est intimement associée à la circulation et aux fonctions nutrives, et a pour objet essentiel de *dépurer* le sang veineux et d'y mêler une certaine quantité d'air, pour lui donner des propriétés nouvelles. C'est par l'examen de cette importante fonction qu'on peut non-seulement reconnaître l'état des organes respiratoires, mais encore l'action du cœur et des nerfs. Pour cela, il faut savoir qu'en état de santé, la respiration est lente, grande, pleine, égale; elle s'exécute sans efforts, sans contraction apparente des muscles extérieurs ; elle s'accélère peu par la marche, la course, les cris, et même en montant; on peut aussi faire une grande et profonde inspiration sans éprouver de douleur; l'haleine est douce, chaude, humide ; il n'y a ni expectoration, ni toux, ni soupir ; le thorax est ample, large, saillant sur la surface sternale, et sonore dans toute son étendue. Mais combien de causes morbides peuvent changer ces conditions, qui rendent la respiration constante et naturelle ! Qu'il serait heureux celui qui aurait le bonheur de jouir constamment de l'intégrité de cette importante fonction, source si féconde en altérations, toujours d'un présage plus ou moins fâcheux ! Nous aurons occasion de nous en convaincre par cette courte dissertation : qu'il me suffise de donner un aperçu de ce qui arrive dans un accès d'asthme que je suppose violent. Dès l'invasion du spasme, la respiration est haute, inégale, souvent entrecoupée par la toux : orthopnée, oppression pénible, haleine très-chaude; les fibres des vésicules pulmonaires restent-elles frappées pendant quelques temps de roideur tétanique, altération profonde des propriétés vitales ; non-seulement il y a suspension dans la faculté *assimilatrice*, *absorbante* de l'air nécessaire à la circulation générale, mais encore dans la faculté *excrétoire*,

perspiratoire, par laquelle le sang veineux est dépouillé des molécules impropres à l'excitation de l'organisme, c'est-à-dire à l'entretien de la vie. Je termine ici ces considérations générales, et je me hâte d'arriver à mon objet principal.

ARTICLE II.

Considérations générales et particulières de l'Asthme.

§. I.

Définition.

L'asthme (1), du grec ασθμα, dérivé d'ααζω, *je respire*, en latin *anhelatio*, consiste dans une contraction spasmodique de la trachée-artère et des bronches, avec constriction à la poitrine, respiration haute, fréquente et sifflante.

§. II.

Nature et siége.

Cette affection est de la nature des névroses et a son siége dans les organes de la respiration, mais plus particulièrement dans les nerfs qui se distribuent aux conduits aériens.

---

(1) Synonymie. *Asthma convulsivum*, Hoffmann, Boerhaave, Ettmuler, Cullen, Sauvages, Baglivi, Floyer; *asthma spasticum*, Juncker; *asthma convulsivum, dypsnea, spasmodica*, Willis; *caducum pulmonis*, Vanhelmont; *asthme convulsif*, de M. Pinel.

§. III.

Classification.

Il me serait inutile de rappeler la place qu'a successivement occupée l'asthme dans les classifications antérieures à celle de M. le professeur *Pinel.*

Je dois suivre ce savant auteur, et avec lui, je négligerai de distinguer l'asthme en *sec* ou *convulsif*, *humide* ou *catarrhal*, *flatulent*, etc., puisque ces différentes espèces, admises par beaucoup d'auteurs, ne tiennent qu'à des symptômes produits suivant les diverses périodes ou circonstances de la même maladie. Tel asthme, en effet, qui est sec dans le commencement, finit par devenir humide, ou s'accompagne de dégagement de gaz de l'estomac, etc.

La division de l'asthme en aigu et chronique paraîtrait mieux fondée, puisque, dans le premier état, il est propre aux enfans qui n'ont pas encore atteint l'âge de la puberté, et que la forme chronique appartient presque exclusivement aux adultes, et surtout aux vieillards. Mais ces deux états, bien qu'ils diffèrent ordinairement d'intensité et de gravité suivant les âges, revêtent le même génie, et doivent être rapprochés pour ne constituer que la même maladie. En effet, quoique l'asthme, qui, au premier accès, est aigu, se prolonge, il est toujours momentanément aigu dans ses retours, et exige le même traitement, à moins qu'il ne survienne adynamie prononcée, surtout dans les organes respiratoires, alors, il est véritablemet *chronique.*

Je n'admettrai pas non plus les nombreuses variétés de *Sauvages;* telles que l'*asthme arthritique*, *hystérique*, *hypochondriacal*, *exanthématique*, etc., puisqu'elles n'indiquent que la complication de maladies différentes, soit qu'elles aient précédé l'asthme, ou lui aient succédé, et que leur description rentre dans la connaissance de ces mêmes affections.

§. IV.

I.re OBSERVATION.

Un enfant (1) âgé de dix-huit mois, d'une santé parfaite, d'une extrême vivacité, fut tout à coup attaqué d'une grande difficulté de respirer, avec oppression. Lorsque je le vis le lendemain, il respirait si difficilement, qu'il paraissait menacé d'une prompte suffocation : violens spasmes dans les organes de la respiration, qui était haute et fréquente ; figure livide, pouls faible, profond et peu accéléré ; les extrémités froides, l'estomac et les intestins étaient gonflés. (Dissolution d'assa-fœtida dans l'eau de menthe, lavement avec le même antispasmodique.) Rémission des symptômes vers le soir, mais bientôt autres exacerbations ; au bout de quelques temps cependant, les rémissions sont plus prononcées, la figure est moins livide et seulement colorée, dégagement de gaz, sommeil pendant la nuit.

Le troisième jour, la maladie présente, le matin, un caractère moins inquiétant, les exacerbations, qui alternent encore avec les rémissions, sont moins douloureuses. (Un scrupule de quinquina pendant les rémissions, continuation de la dissolution d'assa-fœtida aux approches des paroxysmes.)

Le soir, pouls plus développé, plus fort (second lavement au commencement de la nuit), vomissement, deux selles, sommeil.

Le quatrième jour, mieux plus sensible, mais la respiration était encore gênée et le malade abattu. (Continuation des mêmes remèdes.)

---

(1) Cette observation est extraite de l'ouvrage du docteur *Millar* : (Observations sur l'Asthme et le Croup, trad. de l'anglais, par M. *Saintex*, Paris 1808.) Je n'ai pu avoir le temps d'en recueillir moi-même ; mais M. *Jadelot* m'a dit avoir eu occasion, l'hiver dernier, d'observer cette maladie sur plusieurs enfans de son hôpital.

Le cinquième, il parut tout-à-fait rétabli. (Quinquina jusqu'à l'entier recouvrement des forces.)

II.e OBSERVATION.

M***, âgé de soixante-neuf ans, d'un tempérament sanguin, embonpoint ordinaire, teint fleuri, aimable, gai, mais fort sensible, était sujet depuis plusieurs années à des accès d'asthme irréguliers, et qui ne paraissaient qu'à des époques fort éloignées. Il éprouvait de la gêne dans la respiration aux variations de l'atmosphère, ou lorsqu'il respirait un air chargé de matières pulvérulentes ou mêlé de quelques odeurs désagréables. Le moindre excès de régime, un emportement de colère, provoquaient toujours un resserrement dans les organes de la respiration ; de là l'anhélation plus ou moins pénible.

Le 24 mai 1812, M*** avait voyagé toute la journée, par un temps chaud et sous l'influence australe; le soir, enrouement, anxiété, parole brève, bâillement, éruption de gaz par haut, toux sèche et pénible, urines abondantes et claires; le malade prend deux œufs frais vers les sept heures du soir et se couche. Peu de temps après, il se livre à un sommeil peu tranquille, et qui est tout à coup troublé entre une et deux heures du matin : le malade se réveille avec des mouvemens spasmodiques des organes de la respiration, s'asseoit sur son séant, se découvre, recherche un air frais et libre; mais la constriction de la poitrine augmente, l'inspiration est haute, pénible, souvent répétée, l'expiration plus libre et plus fréquente ; l'haleine est chaude ; le visage, d'abord pâle, se colore par intervalles ; la face représente la tristesse ; les yeux sont pétillans et se baignent de larmes ; le pouls est profond, petit et accéléré ; suppression de toute excrétion. Cet état dura de dix à douze minutes. Le spasme cesse enfin, la toux reparaît, devient plus facile, et est suivie d'expectoration muqueuse ; le pouls devient plus fort, plus développé ; la peau se couvre de

sueur, la physionomie reprend peu à peu ses traits naturels; excrétion d'urine colorée et sédimenteuse; enfin arrive graduellement la solution de cette terrible attaque. Le malade se rendort vers le matin, et à son réveil ne ressent plus qu'un léger mal de tête, de la lassitude; symptômes qui se dissipèrent avec l'oppression, par un régime doux et de légers expectorans continués pendant quelques jours ; époque où le malade avait recouvré sa santé antérieure, et qu'il conserva jusqu'au mois suivant, ou, à la même date à peu près, il éprouva un semblable accès. Cependant cette fois il se composa de deux paroxysmes les deux premières nuits. L'été ne se passa pas sans que chaque mois il arrivât un accès; l'hiver ils furent moins fréquens. En 1813 et 1814, plusieurs accès, mais moins intenses à mesure qu'ils se répétaient plus souvent, et toujours avec une certaine périodicité ; enfin M. *** perdit successivement ses forces en 1815, et ses organes pulmonaires étaient devenus d'une si grande sensibilité, que le moindre changement de l'atmosphère rappelait les accès, qui étaient infiniment rapprochés et presque continus. Alors ils étaient souvent précédés d'une excrétion abondante de sérosité que le malade rendait par la bouche, ou par une grande quantité d'urines pâles. Enfin, ce malade, devenant faible de plus en plus, fut enlevé au commencement de 1816 à sa famille qui le pleure, et à ses amis qui le regrettent.

III.e OBSERVATION.

Un perruquier de ma ville natale, d'un tempérament éminemment nerveux, d'une constitution sèche, d'une grande susceptibilité, jouit dès sa plus tendre enfance d'une santé médiocre, et se plaignait souvent d'éprouver de la gêne dans la respiration. Adulte, il avait des étouffemens par les changemens de temps, et ne pouvait se livrer à un exercice un peu pénible sans éprouver un spasme violent à la poitrine. Vers l'âge de cinquante ans, les accès d'asthme se réglèrent, ou du moins parurent plus sensibles au malade. Ils

paraissaient toujours la nuit. Ils n'étaient pas toujours annoncés par des phénomènes précurseurs. Quand ceux-ci existaient, c'était une anxiété extraordinaire, la parole devenait plus courte, et la respiration plus fréquente; il y avait rarement de la toux, et presque jamais d'expectoration, mais forte propension au sommeil, qui était agité par des rêves pénibles. Sur les deux heures de la nuit, invasion subite; le malade s'asseyait bien vite sur son lit, faisait ouvrir les rideaux, et même les croisées, jetait des cris involontaires, indiquait le resserrement qu'il éprouvait à la poitrine, et respirait alors avec une extrême difficulté. Au bout de quelques temps cependant, le spasme cessait; la toux s'éveillait, mais était toujours sèche et soulageait peu; la sueur qui se répandait sur la peau, une excrétion abondante d'urine, ou quelques selles, paraissaient plutôt accompagner la rémission. Telle fut à peu près la marche que tint cette maladie pendant une dixaine d'années. A cette époque parurent des symptômes d'anévrisme du cœur; palpitations, défaillances, enflure des extrémités; et le malade finit par succomber sous le poids de tant de maux à l'âge de soixante-huit à soixante-neuf ans.

IV.e OBSERVATION.

Le 24 janvier 1816, entra à l'hôpital de la Charité, dans une des salles de M. *Fouquier*, Jean-Marie Regnier, âgé de cinquante-six ans, armurier : tempérament nerveux, constitution faible, sujet depuis son enfance à de l'oppression passagère et à une difficulté de respirer variable suivant la température des saisons, contractait facilement des catarrhes pulmonaires, mais n'a jamais eu d'autres maladies. Il y a environ vingt ans qu'il entra dans cet hôpital pour une grande difficulté de respirer qui lui était survenue tout à coup. Il fut traité par M. le professeur *Corvisart*, qui crut d'abord soupçonner une lésion organique du cœur, mais ne l'affirma pas lorsqu'il vit le malade sortir bien rétabli au bout de quelques se-

maines. Après un certain laps de temps, il revint à l'hôpital pour la même maladie, et resta assez de temps pour être débarrassé en même temps d'un catarrhe pulmonaire rebelle qu'il avait contracté. Il y a six ans que ce même malade passa encore dans cette maison deux mois. Depuis il a éprouvé, à des intervalles plus rapprochés, des accès d'asthme. Maintenant, presque toutes les nuits il ressent de l'oppression vers minuit, et représente le spasme violent qu'il éprouve, en le comparant à une puissance quelconque qui lui arracherait les organes contenus dans la cavité thoracique. Il a toujours été plus fréquemment atteint d'accès l'hiver que l'été, et par un temps froid et humide, ou au passage subit de la gelée au dégel. Il passe souvent les nuits assis sur son lit; il évite encore par ce moyen des quintes de toux qui le fatiguent beaucoup et qui le menacent de suffocation. Quoique cet état dure depuis quatre mois, il n'a cependant pas maigri d'une manière sensible, mais il a perdu une grande partie de ses forces, et sa santé s'altère à chaque paroxysme. Il s'est aperçu depuis quelque temps de palpitations du cœur; les crachats sont abondans, et quelquefois mêlés de stries de sang; ils sont épais et puriformes; le décubitus est indifférent; la poitrine percutée ne raisonne pas bien dans tous les points; les battemens du cœur sont peu sensibles dans l'état calme, mais ils augmentent aussitôt que le malade fait quelque exercice; la face n'est pas bouffie, mais elle devient livide, rosée parfois; les lèvres offrent la même couleur; peu de sommeil, pouls légèrement accéléré, petit et irrégulier par intervalles; point d'infiltration des extrémités, mais le malade est extrêmement faible.

Tel est l'aperçu de cette longue maladie qui date depuis plus de vingt-cinq ans, qui n'a pas altéré la santé du malade d'une manière sensible, mais que les secours qu'on lui a administrés n'ont pu guérir radicalement. Enfin, son état étant devenu de plus en plus mauvais depuis trois semaines, le malade a succombé le 15 mars.

A l'ouverture du corps, les poumons, sains dans leur tissu, offraient à l'extérieur des traces d'emphysème ; le cœur a présenté une dilatation remarquable du ventricule droit, mais non extraordinaire ; les autres viscères étaient dans l'état naturel.

V.e OBSERVATION.

Le 2 février 1816, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans une des salles de M. *Landré-Beauvais*, une femme âgée de cinquante-six ans, tempérament lymphatique, constitution délicate, née d'une mère morte à vingt-deux ans de phthisie pulmonaire ; elle a éprouvé avant la puberté des essoufflemens qui se sont reproduits à diverses époques de sa vie, et qui s'exaspéraient ordinairement pendant le sommeil.

Il y a deux ans qu'elle contracta la gale, et fut traitée à l'hôpital Saint-Louis par le moyen des frictions et l'usage des bains sulfureux à vapeur ; mais l'odeur du soufre augmentait considérablement son oppression, et, depuis l'emploi de ces bains, la malade a des accès d'asthme beaucoup plus forts et plus fréquens, de manière qu'elle en a eu plusieurs depuis ces deux années.

Le jour de son entrée, elle se trouvait dans l'accès qui avait paru la nuit précédente. La nuit suivante elle eut un second paroxysme tellement violent, qu'elle perdit connaissance pour un moment, et, à la cessation du spasme, elle n'avait aucune conscience de ce qui s'était passé ; elle ne pouvait respirer couchée ; elle portait la main sur sa poitrine pour exprimer son anxiété ; la respiration était stertoreuse ; et elle poussait des soupirs involontaires. Une hémorrhagie anale survint en même temps qu'on lui administrait des antispasmodiques ; de manière que la rémission fut bientôt complète par la disparition de tous les symptômes. Les boissons mucilagineuses et légèrement expectorantes achevèrent de ramener la malade à sa santé antérieure.

Au bout de quelque temps, la même malade contracta un

catarrhe pulmonaire très-opiniâtre, qui l'a retenue à l'infirmerie jusqu'aujourd'hui, 20 avril. L'ensemble de sa constitution n'est pas sensiblement altéré, et cette femme peut reprendre ses occupations ordinaires jusqu'à l'apparition d'un nouvel accès ; car la susceptibilité extrême des organes respiratoires à être affectés à la plus légère impression extérieure, sa respiration, qui devient anhéleuse à la moindre fatigue, annoncent assez que cette femme ne peut être délivrée pour toujours d'une maladie aussi rebelle, et contre laquelle échouent le plus souvent les secours les mieux ordonnés. Je pourrais rapporter à l'appui de cette assertion l'histoire d'une autre femme âgée de soixante-six ans, qui est entrée à la Charité le 6 juin 1815, et qui y est encore en ce moment : son observation offre d'ailleurs une ressemblance parfaite avec celle que je viens de citer.

ARTICLE III.

Description générale de l'Asthme.

§. I.er

Causes prédisposantes et occasionnelles.

On ne peut douter que ce ne soit de la variété des causes *prédisposantes* que naissent une foule de maladies chroniques, et qui n'ont souvent entre elles aucune conformité chez une multitude d'individus, bien qu'ils soient placés dans les mêmes lieux, élevés dans les mêmes habitudes, et sujets aux mêmes impressions ; or, si l'on est forcé de rapporter à une *prédisposition constitutionnelle, organique* le développement de la plupart de ces maladies, certes l'asthme est plus que toute autre dans ce cas-là. Ainsi, soit que la prédisposition à cette affection soit *héréditaire* (1), ou *inhérente*

(1) Cette prédisposition est la seule chose *transmissible* des pères aux enfans,

à l'organisation individuelle, soit *primitive* ou *acquise*, elle n'en doit pas moins exister pour nous; mais pour que cette cause, que nous ne pouvons d'ailleurs saisir par nos sens, forme les élémens de l'asthme, elle a besoin du concours d'autres circonstances qui en déterminent la formation; sans cela cette disposition peut rester long-temps cachée, et même toute la vie, sans réaliser cette affection.

1.° Cette maladie est commune à tous les âges; elle attaque les enfans depuis un an jusqu'à treize, rarement quand ils sont à la mamelle; les vieillards plus que les adultes, les hommes plus que les femmes. *Cæl. Aurélianus* l'a exprimé avec précision dans les termes suivans : *Gravat autem, atque premit hæc passio magis mulieribus viros, et juvenibus senes atque pueros.*

2.° Le tempérament nerveux, une constitution délicate et sèche, paraissent se prêter davantage à son développement; cependant cette maladie peut se lier au tempérament sanguin, et avec un certain embonpoint, comme on le voit par la deuxième observation : cette circonstance est même très-importante à considérer dans le traitement, comme j'aurai occasion de le dire plus tard.

La gibbosité, la polysarcie, ou embonpoint extrême, qui me paraissent plutôt donner lieu à une dyspnée habituelle, peuvent aussi quelquefois amener le développement de l'affection spasmodique qui m'occupe.

3.° Les lieux froids et humides, les climats où il règne ordinairement une température variable, telle que l'Angleterre, ou toute contrée exposée aux vents de mer, peuvent y donner lieu.

Millar rapporte que l'asthme aigu des enfans régna sporadique-

---

et non pas la maladie elle-même. On ne doit regarder comme *maladie héréditaire* que celle que l'enfant apporte toute formée à sa naissance, ou du moins la cause *spécifique;* tel serait le virus siphilitique.

ment au mois d'octobre 1755, dans les provinces de Roxburgh et de Berwick.

Zallony, qui, en 1809, fit de l'asthme le sujet de sa thèse, observe que cette maladie est pour ainsi dire endémique à Tine sa patrie, île de l'Archipel, en Grèce.

4.° L'hiver est la saison de l'année qui semble le plus favoriser son développement; mais c'est surtout aux époques où le temps est nébuleux, vaporeux, c'est-à dire en automne et au printemps, que les accès sont plus communs; il semble que, dans ces différens états, l'air atmosphérique devienne suffocant, soit par sa trop grande condensation dans les couches les plus voisines du sol, qui contiennent alors moins de gaz oxygène libre; soit par une qualité *stimulante*, *convulsifère*, imperceptible à nos sens, mais capable de changer l'exercice de la respiration.

L'été peut aussi produire cette maladie dans les grandes chaleurs, aux approches des orages, époque où l'atmosphère est chargée d'une grande quantité d'électricité; surtout dans les pays volcaniques en fermentation, ou autres lieux d'où émanent des gaz inhabiles à l'exercice des fonctions vitales des poumons, qu'ils jettent dans l'*ataxie*, état représentatif de l'asthme; témoins ces exhalaisons marécageuses qui agissent sur le système nerveux, dans la production des fièvres *pernicieuses*.

5.° Certaines professions, telles que celles qui obligent de vivre dans une atmosphère chargée de matières hétérogènes; ainsi: les tailleurs de pierre, les perruquiers, les boulangers, les cardeurs, les chanvreurs, etc.; ceux qui travaillent aux préparations des acides minéraux, sur les métaux. Enfin cette maladie peut être produite, et surtout rappelée par les odeurs narcotiques, aromatiques, empireumatiques; telles sont, par exemple, les vapeurs du tabac, des résines, du soufre, de l'huile brûlée, etc.

6.° Cette maladie a dû souvent sa formation à d'autres affections: ainsi *Floyer*, historien et victime de cette maladie, cite un homme de lettres qui resta sujet à l'asthme après être guéri d'une fièvre

quarte. Il ajoute que les fièvres intermittentes peuvent alterner avec les accès de l'asthme, et si l'on guérit les fièvres, l'asthme reprend ses anciennes périodes.

Le même auteur cite aussi l'exemple d'un asthme survenu à la suite d'une pleurésie, de la petite vérole. La répercussion des affections cutanées sont des causes fréquentes de cette maladie. M. le professeur *Pinel*, dans sa Nosographie philosophique, rapporte l'histoire d'un asthme dont les accès alternaient justement avec l'apparition d'une dartre fort intense; il en est de même des suppressions dans les évacuations.

L'hystérie, l'hyponchondrie, etc., sont aussi souvent les causes occasionnelles de cette affection.

7.° Les excès dans le régime, surtout l'abus des boissons alcoholiques, dans le culte de Vénus, les exercices violens, les travaux trop assidus, les impressions vives de l'âme, tels qu'un emportement de colère, les chagrins cuisans, etc., peuvent également être la source ou la cause des retours de cette maladie.

§. II.

Des symptômes.

Les symptômes de l'asthme, chez les enfans, sont remarquables par la rapidité de leur marche et de leur terminaison, qui est souvent funeste; mais ils diffèrent peu des premiers accès de cette maladie lorsqu'elle attaque les adultes, ou même l'âge avancé. Dans tous les cas, l'invasion est subite, et l'attaque a le plus souvent lieu la nuit que le jour. Ce n'est que quand l'asthme est devenu *périodique*, qu'il existe depuis plus ou moins long-temps, que ses retours sont annoncés par un certain nombre de signes avant-coureurs qui ne manquent pas ordinairement d'en faire prédire l'accès prochain, que je le considérerai comme véritablement *chronique*. C'est à cette époque qu'il s'accompagne d'une ady-

namie plus ou moins marquée, et qu'il exige des soins plus particuliers.

Considéré sous ce point de vue, l'asthme m'offrira deux périodes bien distinctes, l'une *aiguë*, l'autre *chronique*.

État aigu. L'enfant ou l'adulte qui doit avoir un accès la nuit, se couche ordinairement bien portant ; vers le milieu de la nuit, il s'éveille tout à coup dans l'étonnement, il se trouve saisi d'un violent spasme à la poitrine, cherche à se mettre sur son séant, se découvre, et désire respirer un air frais et libre : *Erecti spirant.... Multum et frigidum aerem cupiunt*, dit *Arétée*, en parlant des asthmatiques. Le malade indique ou se plaint d'une constriction pénible dans les canaux aériens, qui présentent au passage de l'air un diamètre beaucoup plus étroit ; cependant, pour vaincre cet obstacle, il fait de grandes inspirations, ses lèvres sont disposées comme pour sucer l'air, il élève les épaules afin de mettre en action les muscles auxiliaires au mouvement de dilatation du thorax, ou pour suppléer au retrécissement du diamètre perpendiculaire, qui peut être diminué par le refoulement du diaphragme en haut, lorsque ce muscle se ressent de la contraction spasmodique des autres organes contenus dans la cavité de la poitrine.

Dans tous les cas, l'expiration est plus facile, plus rapide, se fait quelquefois par quintes, ou s'accompagne de sifflement ; l'haleine est plus chaude que dans l'état naturel, la physionomie porte l'empreinte de la tristesse, d'une anxiété douloureuse ; les yeux sont brillans, quelquefois baignés de larmes ; la face, d'abord pâle, se colore bientôt, puis devient violette ou livide : j'ai vu ces différentes nuances se succéder les unes aux autres. Le pouls, au commencement de l'attaque, est agité, puis devient faible, petit, concentré, et ce n'est qu'au commencement de la rémission qu'il s'accélère un peu ; point d'évacuation, suspension des excrétions ; peau sèche, quelquefois brûlante ; enfin, si le spasme continue, les extrémités deviennent froides, et il peut y

avoir perte de connaissance, même syncope, et souvent la mort chez les enfans, si cet état d'anxiété dure plus ou moins long-temps. Mais le spasme vient-il à cesser, l'air trouvant moins d'obstacle à traverser les voies aériennes, la circulation pulmonaire se rétablit, le sang qui arrive au cœur a subi son élaboration plus complète, et, porté dans le système capillaire des extrémités, il y ranime la circulation ralentie, y fait renaître la chaleur; la peau se couvre d'une sueur douce, la toux devient facile et humide; les traits du visage reprennent leur caractère naturel; l'urine excrétée est plus colorée, et dépose un sédiment; quelquefois même il y a évacuations alvines, rarement des hémorrhagies; et, chez les adultes, une expectoration plus ou moins abondante de crachats muqueux et peu opaques achève d'amener une rémission complète. Mais il s'en faut bien que l'accès se termine toujours après une seule attaque; ordinairement chez les enfans, et quelquefois chez les adultes, le malade n'a qu'une rémission imparfaite; il retombe bientôt dans le même état, et cela peut arriver plusieurs fois dans la même nuit, si l'accès ne dure qu'un jour; mais s'il en doit durer plusieurs, il se compose pour le moins d'autant de *paroxysmes* ou *exacerbations*, qui arrivent chaque nuit, presque d'une manière constante, et aux mêmes heures que celui de l'invasion. C'est ainsi que, chez les enfans surtout, les rémissions et exacerbations peuvent alterner pendant trois, quatre, six et huit jours de suite, si le petit malade ne meurt pas aux premières attaques, avant que la solution de la maladie soit complète.

Si le malade doit succomber au premier, deuxième ou troisième paroxysme, voilà ce qu'on remarque : suspension soutenue de toute excrétion, point d'urine, constipation, expectoration nulle, peau sèche, pouls profond, faible, légèrement accéléré; les spasmes de la poitrine se succèdent rapidement; anxiété extrême, voix faible, respiration haute et pénible, stertoreuse; le pouls devient intermittent, chaque inspiration annonce l'agonie; l'estomac et les intestins se gonflent; une sueur froide couvre le

corps, les extrémités sont froides, la figure est livide, les yeux caves ou saillans, mais à demi-fermés; enfin le malade succombe.

Si cette affection au contraire, jusqu'alors éminemment aiguë, se termine par la santé, le malade ayant résisté aux premiers accès, elle peut se reproduire à des époques plus ou moins éloignées, et constituer l'asthme chronique, dont je vais maintenant parler.

État chronique. J'ai déjà dit que, quand l'asthme s'était constitué intermittent, et qu'il revenait à des époques régulières, ses retours étaient annoncés par quelques signes précurseurs, si toutefois l'accès n'est pas rappelé par une grande variation de l'atmosphère, ou une impression vive quelconque, capable de porter atteinte sur l'organisme.

Dans la soirée qui précède la nuit où doit arriver l'accès, la personne éprouve de la lassitude, de l'anxiété, des pandiculations ou des bâillemens; la respiration est plus fréquente et plus pénible; la voix est enrouée, la parole brève; il y a souvent sentiment de plénitude à l'épigastre, rapports gazeux, ordinairement insipides, quelquefois acides; d'autres fois on rejette une abondance de sérosité provenant de l'estomac, rarement des vomissemens, et seulement de matières alimentaires, si c'est immédiatement après le repas; excrétion abondante d'urine pâle, claire; ordinairement constipation, légère céphalalgie; il y a de la toux, elle est sèche; la suppression des exutoires, s'il en existe, est ralentie ou suspendue; propension au sommeil; enfin le malade se couche sans se douter du coup qui le menace. Le sommeil est agité, et, de minuit à trois heures, l'invasion subite arrive, et s'accompagne des phénomènes dont nous venons de parler. A cet état, plus la maladie est ancienne, moins les attaques sont fortes et de courte durée, et plus les rémissions sont longues et prononcées; cependant celles-ci sont moins complètes lorsmême que l'accès est terminé,

soit à cause de la faiblesse des organes respiratoires, ou de leur trop grande susceptibilité, qui fait qu'à cette époque de la maladie il y a ordinairement complication de catarrhe pulmonaire *chronique ;* c'est pourquoi le malade, après l'accès, est plusieurs jours à recouvrer sa santé première, et n'y parvient qu'après une expectoration plus ou moins abondante.

Lorsque cette complication arrive avant l'accès, elle ne le rend pas pourtant plus fâcheux ; on remarque seulement qu'au moment du spasme, la respiration est plus stertoreuse, bruyante, et qu'aussitôt que la rémission se manifeste, le malade rend des crachats visqueux plus ou moins épais, ordinairement blancs, quelquefois jaunâtres, rayés de noir ou de quelques stries de sang.

On remarque, dans cette circonstance seulement, qu'il y a fièvre légère dans le cours de l'accès.

Enfin cet état de la maladie est exclusivement propre à la vieillesse.

§. III.

Durée.

Cette maladie, comme je l'ai dit ailleurs, peut se terminer après quelques accès, et n'avoir qu'une durée passagère ; mais cela n'arrive que quand elle attaque les enfans ou les adultes, et toujours à l'état aigu. C'est à ces cas qu'il faut rapporter les exemples d'asthme que les auteurs citent avoir vus guérir. Malheureusement ces sortes de cas sont rares ; le plus souvent cette affection persiste, et prend un caractère si opiniâtre, qu'elle se prolonge indéfiniment ; je veux dire qu'ordinairement elle n'abandonne sa victime qu'avec la vie. Quoiqu'il en soit, l'asthme chronique se produit par *accès*, à des époques de la vie plus ou moins éloignées ou rapprochées, suivant son ancienneté. C'est alors que les asthmatiques conservent dans les intervalles une respiration

anhéleuse, et, le plus souvent, de la toux avec ou sans expectoration. Ces phénomènes avertissent que la fréquence des accès a laissé un point d'irritation aux organes de la respiration, qui les rend susceptibles d'être irrités par la moindre cause; enfin, plus la maladie vieillit, plus le retour des accès est fréquent : je les ai vus revenir deux, trois, quatre fois par mois; et même, vers la fin de la vie, ils peuvent avoir lieu toutes les nuits, quelquefois de jour, et se confondre avec les rémissions, au point qu'on puisse considérer cette maladie intermittente comme *continue*.

§. IV.

Terminaisons.

L'asthme peut se terminer de différentes manières :

1.° *Par le retour à la santé*, soit que cette affection disparaisse spontanément pour ne plus revenir, soit qu'il arrive certains phénomènes critiques auxquels on puisse attribuer l'élimination de la cause *morbifique*, soit enfin par les secours de l'art.

2.° *Par la mort;* terminaison fréquente chez les enfans, rare dans l'âge plus avancé, surtout tant que cette affection reste essentielle et simple. On conçoit cependant comment elle peut avoir lieu lorsque le resserrement des tuniques des bronches est d'une durée telle, que l'air nouveau ne puisse plus arriver aux *vésicules pulmonaires*, mais seulement jusqu'aux premières divisions de ces conduits aérifères. Altération profonde dans les propriétés vitales des poumons, suspension funeste dans l'*absorption* et l'*excrétion* qui sont réparties à ces organes ; alors la couleur vermeille du sang artériel diminue en raison directe de la quantité d'air resté dans les vésicules aériennes, l'action du poumon s'anéantit, enfin la circulation s'arrête, et l'on peut dire que le malade meurt *asphyxié*. D'autres fois il y a d'abord syncope,

lorsque les malades sont excessivement épuisés, toute l'habitude du corps se couvre d'une sueur froide, le cœur cesse de battre pour quelque temps, et s'il ne pénètre bientôt de l'air dans les poumons, dont les vésicules sont resserrées ou plutôt remplies de sérosité visqueuse, le sang qui peut arriver au cœur, n'ayant reçu qu'une élaboration imparfaite, ne peut imprimer dans les fibres de cet organe les mouvemens expressifs de systole et de diastole; la circulation s'arrête, la *force vitale* fuit des parties, et les malades passent de cette mort momentanée à une mort réelle, en ne présentant plus que la triste image et l'effroyable peinture d'un *cadavre*.

L'ouverture des corps a démontré que la mort peut arriver encore par un autre mécanisme, bien qu'avec le même résultat. Que par suite de la roideur tétanique qui frappe les fibres des vésicules aériennes leur force tonique cède, leur rupture en est la suite; l'air s'infiltre dans le tissu lamineux qui unit les lobes des poumons entre eux, et la *plèvre pulmonaire* à leur masse. Si cet *emphysème* est considérable, la dilatation des organes respiratoires est arrêtée par cet air infiltré; celui du dehors ne séjourne plus dans les vésicules pulmonaires; de là les phénomènes subséquens ci-dessus mentionnés; de là l'atteinte inévitable et mortelle qui en résulte.

3.° *Par une autre maladie;* soit que l'asthme disparaisse pour être remplacé par une autre affection, soit qu'après lui avoir donné naissance, cette dernière l'accompagne ou alterne avec lui. Cette considération rentre toute entière dans les complications.

§. V.

Complications.

Les maladies qui peuvent compliquer l'asthme sont très-nombreuses, et je ne ferai que les indiquer.

Cette maladie peut se lier aux phlegmasies des organes contenus dans la cavité du thorax, je veux dire à la pleurésie, fréquemment au catarrhe pulmonaire et à la pneumonie ; elle donne quelquefois lieu à l'hydrothorax par suite de l'adynamie, lorsque les propriétés vitales des absorbans sont diminuées, ou que leur action n'est plus en rapport avec l'exhalation qui a lieu dans les cavités des plèvres.

Quelques auteurs pensent aussi que l'asthme invétéré peut donner lieu à la phthisie tuberculeuse des poumons; pour moi, je n'oserais l'affirmer, et je serais plus porté à considérer, avec M. *Bayle* et l'illustre M. *Fouquier*, cette maladie comme étant due au développement d'une disposition particulière, et de nature spéciale de l'individu. Il n'en serait pas de même, si la phthisie consistait dans l'inflammation chronique et ulcéreuse de la membrane muqueuse qui revêt l'intérieur des bronches.

Rien de plus commun que le développement des maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux sous l'influence nerveuse de la maladie que je décris ; cela se conçoit très-bien quand on réfléchit aux rapports immédiats que la respiration a avec la circulation. Pour peu en effet que l'asthme se prolonge, les organes de cette dernière fonction se ressentent bientôt de l'ébranlement et des secousses violentes qui accompagnent les accès; de là les anévrismes du cœur ou de l'aorte, soit que le sang qui, éprouvant beaucoup de difficulté à traverser les poumons, s'accumule dans les cavités droites du cœur ; soit que, par son élaboration imparfaite, arrivé dans les cavités gauches, il agisse sur leurs parois de manière à en changer le mode d'action ; peut-être d'ailleurs le cœur lui-même, dans ces mêmes accès, participe-t-il plus ou moins aux contractions spasmodiques des organes respiratoires.

Enfin l'asthme peut s'associer à beaucoup de maladies nerveuses, telles que la fièvre intermittente ataxique, l'hyponchondrie, l'hystérie, la mélancolie, la goutte, etc.

§. VI.

Diagnostic.

La connaissance de l'asthme doit toujours dériver des symptômes les plus prononcés, qui sont, la contraction spasmodique des organes respiratoires, le resserrement des conduits aériens, l'altération profonde de la respiration, et l'anxiété extrême qui en résulte.

On ne doit pas confondre cette maladie, chez les enfans, avec l'éclampsie, puisque, dans ces convulsions musculaires, il n'y a dans les organes de la respiration que les muscles qui recouvrent l'extérieur du thorax qui soient atteints, et qu'en conséquence la difficulté de respirer n'est pas la même.

On évitera de la prendre pour une inflammation du cou, et *vice versâ*, par les symptômes propres aux phlegmasies; c'est surtout avec l'angine *trachéale*, *croup* des enfans, qu'il est facile de confondre cette névrose; mais le croup règne souvent épidémiquement, et paraît dépendre d'un état particulier de l'atmosphère, que l'on désigne sous le nom de *constitution catarrhale :* la toux est plus commune que dans l'asthme, la respiration est stertoreuse, la voix glapissante; il y a ardeur, tension à la gorge, fièvre plus ou moins prononcée, souvent roideur des mâchoires, enduit blanc ou jaunâtre à la langue, renversement de la tête en arrière, et souvent expectoration de concrétions *albumineuses membraniformes*, ce dernier signe forme même le principal symptôme de cette maladie.

On distingue l'asthme de la coqueluche, par la marche que suit cette dernière affection. Celle-ci présente à son invasion la forme d'un léger catarrhe pulmonaire; ensuite elle est accompagnée de toux convulsive, d'une inspiration bruyante, suivie d'une expectoration courte et souvent répétée; l'accès est souvent suivi

de vomissemens, d'hémorrhagie nasale, etc. Après la rémission, l'enfant mange avec un appétit nouveau; mais la réplétion de l'estomac ramène l'accès. Cette affection est d'ailleurs moins grave que l'asthme, et sa durée est ordinairement d'un mois à six semaines. Dans l'âge plus avancé, on la distinguera de l'angine de poitrine (sternalgie de M. *Baumes*), en ce que cette affection nerveuse consiste dans une douleur subite, vive, quelquefois déchirante, qui prend en marchant, qui se fait d'abord sentir vers le sternum, qui devient souvent irradiante, et se porte vers l'épaule en suivant la direction du muscle sterno-huméral. Cette douleur, essentiellement *nerveuse*, ne s'accompagne pas d'un changement apparent dans l'acte de la respiration, et cesse aussitôt que le malade s'arrête, ce qui le soulage tout à coup.

On ne méconnaîtra pas la *pleurodynie* (fausse-pleurésie), si l'on fait attention à la difficulté de respirer, qui vient de ce que les muscles qui forment les parois du thorax sont gênés dans leur mouvement, à une douleur de côté superficielle, et qui augmente par la pression, à la toux rare et très-sèche, enfin à la fièvre, quand elle existe.

Les symptômes généraux des phlegmasies, comme douleur, ardeur ou chaleur, fièvre, etc., font facilement distinguer l'asthme de l'inflammation aiguë des bronches, de la plèvre ou du tissu du poumon. Mais le diagnostic devient plus difficile, si ces maladies sont chroniques : c'est cependant toujours par l'examen des mêmes traits, sinon moins prononcés, que l'on procède, en s'aidant surtout de la percussion de la poitrine, qui avertit de l'existence des adhérences ou des épanchemens séreux ou purulens dans les cavités thoraciques qui peuvent survenir dans la pleurésie ou péripneumonie, qui depuis long-temps ont pris la marche chronique.

Il sera toujours facile de distinguer l'asthme de la phthisie laryngée, trachéale et pulmonaire, en ce que ces affections s'accompagnent d'amaigrissement, de fièvre hectique, qui s'exaspère

le soir, de sueur, diarrhée, etc. Il est vrai que, lorsque la phthisie a son siége dans les voies aériennes, il peut y avoir par momens orthopnée, râlement; mais il y a aphonie, si c'est le larynx qui est affecté, et les malades accusent la sensation d'un corps qui les gêne pour respirer, et qui correspond, soit au larynx, soit au trajet des bronches. Dans la phthisie pulmonaire, il n'y a pas ordinairement d'*orthopnée*.

Certaines *névroses* ont quelques traits de ressemblance tellement rapprochés de ceux de l'asthme, qu'elles peuvent tromper le médecin inattentif. On évitera cette erreur par l'observation exacte des caractères propres à chacune d'elles. Ainsi, l'*hypochondrie*, *l'hystérie* ne portent point une atteinte locale aux organes de la respiration; leurs symptômes se manifestent surtout dans les voies digestives, caractérisés par la tension, le gonflement de l'estomac et du conduit intestinal; et lorsque les malades sont menacés de suffocation dans la violence des accès, c'est que le spasme s'est propagé à l'œsophage ou au pharynx.

On distinguera l'asthme de l'apoplexie qui pourrait en imposer par quelques phénomènes communs, tels que la rougeur de la face, la vivacité des yeux et certains mouvemens convulsifs; mais cette dernière affection a son siége exclusif dans le cerveau, dès l'invasion ordinairement subite, ou précédée de vertiges ou éblouissemens, il y a atteinte profonde dans le mouvement et le sentiment, *torpeur* plus ou moins prononcée, constamment respiration *stertoreuse* pendant toute la durée de l'attaque; enfin la terminaison de cette terrible maladie est presque toujours funeste, si une médecine agissante n'intervient aussitôt; car, ou elle foudroie le malade aux premières attaques, ou elle laisse des traces *pernicieuses* de son existence, en paralysant certaines parties du corps, ou bien encore des altérations presque toujours *sinistres* dans les facultés intellectuelles, qui inquiètent sur son retour.

Quant à l'*épilepsie*, dont les accès ont beaucoup d'analogie avec ceux de l'asthme, elle se reconnaîtra par la contraction muscu-

laire, qui est plus ou moins générale, qui se succède avec rapidité, et par l'abolition ordinairement complète des sens externes et internes. Au reste, les attaques prennent plus souvent le jour que la nuit, et offrent un aspect effrayant pour tout le monde.

Les lésions organiques du cœur sont les cas que l'on confond le plus souvent avec l'asthme. Je ne peux mieux faire ici que de rappeler la distinction qu'en fait l'illustre professeur *Corvisart* : il faut, dit cet auteur, remonter à l'origine de ces maladies, et apprendre quel est celui des deux organes, du poumon ou du cœur, qui a donné le premier des signes de l'altération de la fonction dont il est l'agent.

Dans le cas des maladies de cœur, il y aura un battement irrégulier, palpitations, serremens de cet organe, irrégularité presque constante du pouls, qui est souvent différent sur les deux bras ; visage animé et souvent violet, bouffi, infiltration des extrêmités, etc. Enfin, la percussion de la poitrine dans les cas d'anévrismes, annonce, par un son obscur ou mat, le développement plus considérable du cœur, tandis que dans l'asthme la poitrine résonne très-bien.

Il n'est pas toujours facile de distinguer *à priori* l'asthme de l'anévrisme de l'aorte, quand celui-ci a son siége vers sa courbure, et qu'il comprime la trachée-artère. Dans ce cas pourtant, la difficulté de respirer est ordinairement continue ; la voix, d'abord rauque, peut s'effacer entièrement ; et le malade accuse l'existence d'un corps dur placé derrière le sternum : l'amaigrissement est progressif, le pouls enfin est irrégulier.

§. VII.

Prognostic.

Le prognostic de l'asthme est différent suivant les âges ; le danger est toujours plus grand chez les très-jeunes sujets, surtout sur ceux

qui viennent d'être sevrés, et dont la constitution est délicate ou altérée par des circonstances antérieures, un mauvais allaitement, par exemple.

Plus les premières attaques sont douloureuses et de longue durée, plus les rémissions sont courtes et incomplètes, et plus la guérison devient difficile à obtenir.

Si, au contraire, les paroxysmes de l'accès sont modérés et courts, plus les rémissions sont longues, et plus on a droit d'espérer une heureuse issue, surtout si la maladie est secourue promptement, et qu'il se manifeste quelques phénomènes critiques, tels que vomissemens, toux ou expectoration de mucosités, urine abondante et chargée, transpiration ou selles.

Cependant, si le malade n'a point de soulagement, que la respiration devienne extrêmement pénible, suffocante, surtout si l'on tente de faire avaler quelques boissons, si une sueur froide couvre la peau, s'il y a faiblesse extrême, si les extrémités deviennent froides, les yeux ternes et à demi-fermés, le visage livide, la bouche et la gorge sèches et brûlantes; si enfin les spasmes se répètent fréquemment, le danger est imminent et la mort prochaine.

Enfin si, malgré l'attention la plus exacte à combattre la maladie, il reste après le premier accès quelque dérangement dans la respiration, si cette fonction est susceptible d'être altérée par les grands changemens de l'atmosphère, la maladie doit être jugée rebelle, et on peut s'attendre à des retours irréguliers ou périodiques.

L'asthme, dans la vieillesse, constitue une affection peu susceptible d'une cure radicale; cependant, tant qu'elle ne se lie pas à une autre maladie, elle est rarement mortelle. Cette circonstance fait que la plupart des asthmatiques se regardent plutôt comme incommodés que malades, et ne consultent le médecin que lorsque leurs forces s'épuisent et que leur vie est compromise. Le prognostic alors varie suivant l'altération de la santé, la constitution faible ou forte, et les complications qui sont survenues.

Parmi ces complications, les affections aiguës de poitrine sont

les plus graves: ainsi la pleurésie, la péripneumonie rendent toujours le prognostic fâcheux, sinon mortel.

L'hydrothorax, la phthisie pulmonaire amènent nécessairement la mort. Il en est de même des lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux. L'union de l'asthme avec un grand nombre de maladies nerveuses, telles que les fièvres intermittentes ataxiques, l'hypochondrie, l'hystérie, la mélancolie, sans rendre aussi fâcheux le prognostic, le rendent néanmoins très-incertain; il en est à peu près de même de la suppression des affections exanthématiques, de la goutte, etc.

§. VIII.

Autopsie.

L'anatomie pathologique n'éclaire presque point sur la nature de l'asthme; les altérations que l'on trouve après la mort indiquent plutôt l'effet de la cause qui a agi qu'elles ne prouvent son existence. Quoi qu'il en soit, voilà le résultat :

Si le malade meurt dans l'accès, on trouve les poumons diminués de volume, leur tissu sain; mais si on souffle de l'air par la trachée-artère, les organes n'en reçoivent presque pas. On a attribué ce phénomène au resserrement des vésicules pulmonaires.

Si, au contraire, le malade meurt lentement et par suite de la rupture des vésicules aériennes, les poumons sont plus volumineux; ils présentent à leur surface extérieure des inégalités formées par l'air infiltré, qui disparaissent sous le doigt, et on peut les réunir ensemble sans éprouver de résistance. Si on essaie de pousser de l'air dans les poumons, il n'en ressort pas, même par une pression assez forte exercée sur leur masse. Nul doute alors qu'une grande partie des vésicules aériennes ne soient détruites, et que l'air ne passe par des routes accidentelles. Ce phénomène, bien confirmé d'ailleurs, suffirait pour rejeter l'opinion de ceux

qui croient à la *combustion pulmonaire*, si la fausseté de cette idée n'était clairement démontrée dans les savantes leçons de notre grand physiologiste, M. *Chaussier*.

Peut-on croire en effet que le gaz oxygène puisse agir sur le sang veineux à travers les parois des vaisseaux aériens et sanguins? Où est la communication immédiate? Faut-il supposer qu'elle ait lieu par des pores inorganiques? ce serait supposer plus de *fonctions vitales*, par conséquent plus *de vie*. La mort qui arrive par emphysème indique bien que l'air ne peut point franchir les bornes que la nature lui a assignées, sans suites funestes.

D'autres fois on trouve les vésicules remplies de liquide séreux, visqueux, immiscible au sang, qui les engorge, et s'oppose à l'introduction de l'air.

Enfin, d'après M. le docteur *Nysten* (Rech. de physiol. et de chim. pathologiques, Paris, 1811), qui s'appuie surtout d'un cas observé à l'hôpital Cochin par M. *de Jaër*, la cause de la mort peut être due à une grande quantité d'air à l'état libre qui gorgerait, distendrait le ventricule et l'oreillette pulmonaires. Ce fait bien avéré confirmerait l'opinion de ceux qui attribuent les *excrétions de vents* qui accompagnent les autres *névroses*, l'hypochondrie et l'hystérie, et auxquelles on a pour cela donné le nom vulgaire de *vapeurs*, à la présence de gaz dans le sang, et qui s'en exhalerait dans le moment des *spasmes*. Toutefois on ne doit pas rejeter que la plupart de ces gaz ne soient produits dans le canal digestif, soit qu'ils naissent des alimens eux-mêmes, soit qu'ils viennent du dehors par la *déglutition*, et d'où ils sont chassés par les contractions spasmodiques qui affectent spécialement ce tube.

Je dois négliger de parler de bien d'autres altérations pathologiques rapportées par beaucoup d'auteurs, puisque leur existence démontre qu'elles appartiennent à des maladies différentes de l'asthme, qu'elles ont simulé ou compliqué durant la vie.

ARTICLE IV.

Traitement.

Je le divise en trois temps ; de là trois indications à remplir :

1.° Modérer la violence de l'accès ;

2.° Prévenir son retour ;

3.° Rétablir les propriétés vitales des organes respiratoires dans leur rapport naturel.

§. I.er

Traitement de l'accès.

L'indication consiste à placer favorablement le malade pour bien respirer, à éloigner la cause qui a paru déterminer l'accès ; enfin à calmer le spasme.

Il est urgent de faire tenir le malade assis, et de l'exposer à un air libre et frais, de le soustraire à toutes espèces de fumées ou de vapeurs nuisibles. Puis on a recours aux antispasmodiques. Mais avant d'y recourir, il est utile d'examiner s'il y a pléthore sanguine, ou embarras dans les voies digestives.

La saignée est un moyen énergique, dans le premier cas, pour combattre le spasme ; dans le second, les légers vomitifs diminuent beaucoup les accidens.

Chez les très-jeunes sujets, on évacue rarement du sang. Cependant, si l'enfant était déjà âgé et de constitution forte, on peut se permettre d'appliquer quelques sangsues au cou ; mais si le malade est adulte, ou d'un âge plus avancé, et toujours d'un tempérament sanguin et d'une consitution assez forte, on doit sur-le-champ pratiquer une saignée du bras, que l'on peut même réitérer selon le besoin, mais avec toute la réserve que commandent les forces du malade. Au reste, écoutons ici Stahl : *Phlebotomiam*

primam asthmatico allevatum afferre, secundam (tertiamque quandòque) certissimè constat, sanguinem sarcinamque diminuendo, necnon spiritus liberrimè movendo; atqui, si sanguinis nimis (trahitur), vasa extemplò concidunt, undè spiritus depauperantur, ut pituitæ digerendæ, separandæ, et excernendæ nullomodò pares fuerint. Si, au contraire, le malade est doué d'un tempérament nerveux par excellence, ou s'il conserve peu de forces, on doit être très-circonspect sur son emploi : c'est ainsi qu'elle fut très-souvent utile au malade qui fait l'objet de la deuxième observation, tandis qu'elle n'a jamais été pratiquée sur le malade de la troisième; elle eût été nuisible. Il faut d'ailleurs savoir que l'effet de la saignée est quelquefois trompeur : elle peut modérer il est vrai les symptômes de l'accès en facilitant la circulation pulmonaire, ou produire une rémission subite; mais elle finit par affaiblir les solides, et déterminer la *diathèse séreuse.*

Quant à la plénitude de l'estomac, il est très-avantageux de déterminer le vomissement avant que le spasme ne prenne, mais jamais quand il existe, par des boissons légèrement émétisées, soit par l'ipécacuanha, le tartrate antimonié de potasse, ou mieux encore par l'oxymel scillitique.

Pendant toute la durée de l'accès, on fait usage d'antispasmodiques : ainsi le musc à assez fortes doses pour calmer le spasme et provoquer légèrement la sueur, le camphre uni au nitrate de potasse, ou à l'opium, l'éther sulfurique, ou la liqueur minérale d'*Hoffmann*, l'eau distillée de fleurs d'oranger, la teinture de castoréum, l'extrait de laitue vireuse à la dose de quelques grains, les gommes assa-fœtida et ammoniaque dissoutes dans un acide végétal quelconque. L'acétate de plomb à très-légères doses a quelquefois calmé le spasme. Il est inutile de dire qu'on peut varier ces moyens de diverses manières, et qu'on peut se servir encore avec avantage des pilules de cynoglosse de quatre à six grains, d'extrait d'aconit, de belladone de demi-grain à deux grains dans le commencement.

Enfin, si l'accès est intense, on donne des lavemens antispasmo-

diques ; par exemple , on dissout deux gros d'assa-fœtida dans un véhicule quelconque ; on fait des frictions sur la partie antérieure du thorax avec le liniment volatil ou le baume tranquille. Les contre-irritans , pour dériver l'irritation spasmodique : ainsi les sinapismes aux pieds, les pédiluves sinapisés , etc., ne doivent pas être négligés. Bien entendu qu'on doit surtout avoir attention aux suppressions d'*évacuations habituelles* , ou aux répercussions d'*exanthèmes* , pour être guidé dans le choix des parties sur lesquelles on doit agir de préférence.

§. II.

Traitement des intervalles.

L'accès passé, il faut s'occuper de rétablir le désordre qu'il a produit dans la plupart des fonctions , et chercher à prévenir ou à éloigner l'accès suivant.

1.° Il faut favoriser les phénomènes critiques qui accompagnent les rémissions : ainsi on facilite l'expectoration par des boissons adoucissantes, et légèrement expectorantes, ordinairement prises froides , l'eau gommée, l'infusion de fleurs de guimauve , de tilleul, de coquelicot, ou de bourrache, qui est aussi diaphorétique ; depuis long-temps surtout on a recommandé les sommités d'hyssope, de scabieuse, les fleurs de tussilage, etc., que l'on édulcore avec l'oxymel simple , ou mieux avec le sirop oxymel scillitique; l'hydromel composé nitré , les potions gommeuses, ou les looks avec l'oxymel scillitique, et animés par deux à trois grains d'oxyde d'antimoine hydrosulfuré (kermès minéral) , s'il y a complication de catarrhe pulmonaire chronique. Si le malade est d'une constitution sèche et fort irritable, on se borne aux adoucissans. Enfin on administre quelques lavemens , pour maintenir la liberté du ventre.

2.° On prévient ou éloigne les accès par l'observation exacte des règles de l'hygiène.

1.° *Circumfusa.* On évite de s'exposer aux grandes variations de l'atmosphère, surtout à un temps froid et humide, ou chaud et trop sec ; on évite de respirer un air vaporeux, des odeurs désagréables, d'habiter un appartement trop étroit et peu aéré : une trop haute température, un grand feu ramènent l'accès ; la chaleur du lit est surtout fort nuisible, et on ferait bien, aux approches de leur retour, de ne pas s'y mettre pendant quelques nuits.

2.° *Applicata.* Il faut que la poitrine des asthmatiques soit libre dans ses mouvemens ; des habits trop étroits, des couvertures trop pesantes nuisent à sa dilatation. Si l'on conserve sur le corps ses habits quand ils sont mouillés, on s'expose à avoir un accès.

3.° *Ingesta.* La nourriture doit être légère et sans excès : les alimens flatulens, les boissons susceptibles de fermenter doivent être rejetés ; mais on évitera surtout les liqueurs alcoholiques, l'eau-de-vie, le rhum, etc. ; le café, le thé, sont également nuisibles aux asthmatiques.

4.° *Excreta.* Les excrétions méritent une grande attention aux approches de l'accès. *Floyer* recommande de faire vomir avant l'attaque ; il a observé plusieurs fois que le vomissement adoucit beaucoup les accès. Il prenait une once d'oxymel scillitique dans du petit-lait ou de l'eau tiède, et un lavement de petit-lait, où il faisait légèrement bouillir des fleurs de camomille. C'est avec raison que le même auteur défend les purgatifs drastiques ; ils augmentent toujours l'intensité des paroxysmes ; on préférera les laxatifs doux et acidules.

Il est également utile d'entretenir une abondante sécrétion d'urines : *In thoracis morbis semper renes respiciendi.* On doit faire usage de boissons délayantes et rafraîchissantes ; on peut les rendre plus diurétiques par quelques grains de nitrate de potasse.

La sueur doit être facilitée par quelques légers diaphorétiques animés par l'acétate d'ammoniaque.

Il faut rappeler les évacuations sanguines par des saignées locales, ou diminuer la pléthore par la saignée générale. Il en est de même de toute autre excrétion devenue habituelle : ainsi les cautères, les ulcères établis doivent être exactement entretenus.

5.° *Gesta.* On doit éviter les travaux forcés et l'inaction ; rien n'est plus favorable à la santé des asthmatiques qu'un exercice doux et modéré : ainsi l'équitation, la navigation, la promenade à pied sans fatigue, ou en voiture sur un terrain uni, conviennent très-bien.

6.° *Percepta.* Les passions vives de l'âme sont toujours nuisibles à l'approche des accès ; la colère, la crainte, l'inquiétude, etc., donnent souvent lieu à leur retour.

§. III.

Traitement curatif.

J'ai dit que ce troisième temps du traitement devait avoir pour but de *rétablir les propriétés vitales des poumons dans leur rapport naturel.* Certes, si l'on était toujours assez heureux pour y parvenir, on ne devrait pas porter ses vues ailleurs, puisqu'on serait certain de détruire l'effet avec la cause. C'est pourquoi j'appelle *curatifs* les moyens que l'on emploie pour remplir cette indication : je les distingue en *directs*, c'est-à-dire en ceux qui agissent immédiatement sur les organes de la respiration, et en *indirects*, ceux qui n'ont pas une action immédiate, et qui ne parviennent à ces mêmes organes que secondairement.

1.° Les airs factices ont d'abord été proposés et mis en usage par les Anglais. Suivant l'*asthénie* ou *sthénie* des organes respiratoires, on excite, on diminue leurs propriétés vitales. S'il y a grande faiblesse, on fait respirer du gaz oxygène pur ; si elle est moindre, on n'ajoute qu'un quart ou un cinquième de ce gaz à

l'air atmosphérique ordinaire sur un pied cube. Faut il au contraire diminuer leur trop grande susceptibilité, on ajoute à l'air atmosphérique du gaz azote, et quelquefois du gaz hydrogène.

M. le professeur *Moreau* de la Sarthe, cité par le docteur *Zalloni*, a employé avec avantage l'inhalation de vapeurs balsamiques. On fait composer une teinture d'éther sulfurique et de baume du *Pérou*, ou de *Tolu*, que l'on met dans une bouteille à col renversé, de manière que le malade puisse inspirer tout le gaz *éthéro-balsamique* qui se dégage. Ce professeur m'a dit que depuis il s'était servi aussi très-utilement des vapeurs émanées d'une teinture composée avec le même éther et la ciguë. On peut également faire inspirer d'autres vapeurs aromatiques, ou narcotiques ; mais ces dernières réclament toute l'expérience du médecin praticien.

Par cette médecine pneumatique, on a l'avantage de porter le remède là où réside la maladie; et si l'on ne parvient pas toujours à la guérir, du moins est-il vrai qu'on soulage beaucoup les malades : témoins les expériences du docteur *Thornton*, qui, sur vingt et un asthmatiques, en a guéri radicalement douze, et soulagé neuf.

2.° Les moyens indirects qui agissent sur une grande partie, ou sur l'organisme entier, peuvent rétablir l'ataxie locale des poumons en changeant l'état habituel de la maladie, ou en lui donnant une nouvelle direction : c'est ainsi que le quinquina, pris dans les intervalles des accès, a guéri cette affection, ou a suspendu ses retours.

Zalloni cite des exemples de guérisons par l'emploi du phosphore et du nitrate d'argent : il donnait le phosphore dissous dans une huile quelconque, à la dose d'un quart à demi-grain matin et soir ; il joignait à ce remède, tantôt le quinquina, tantôt l'oxyde de zinc (fleurs de zinc.)

Le nitrate d'argent, dissous dans l'eau distillée, était pris à la dose d'un huitième de grain en commençant. Le docteur *Wilson* a porté graduellement la dose de ce remède, pris en pilules dans

de la mie de pain, jusqu'à deux grains et demi sans danger, le malade ne ressentant qu'une légère nausée.

L'usage continué pendant long-temps de l'assa-fœtida, de l'extrait de laitue vireuse, de l'acétate de plomb, etc., procure toujours un succès plus ou moins durable.

Enfin on peut encore espérer une cure permanente par le changement d'habitation fait de la ville à la campagne, ou de la campagne à la ville. Mais sur ce point on ne peut donner des règles générales; tel asthmatique qui se trouve bien de l'air de ville est incommodé de celui qu'il respire à la campagne; tel autre éprouve le contraire. Cette différence tient à l'idiosyncrasie du sujet; c'est pourquoi son expérience propre, en ce cas, est préférable au conseil du médecin.

Les voyages de long cours, le changement de profession, les eaux minérales en bains ou en boissons, surtout celles qui sont sulfureuses et ferrugineuses, doivent aussi être conseillés. Je citerai seulement les sources de Bourbon-Larchambault, qui se trouvent dans mon département, et que je sais avoir soulagé plusieurs asthmatiques. Ces eaux sont sagement administrées par M. le docteur *Faye*, médecin éclairé, qui en est l'inspecteur; celles du Mont-d'Or, dans le département du Puy-de-Dôme.

Ce traitement général doit être modifié suivant la variété des causes, ou les complications de cette maladie : c'est d'après la connaissance de ces différences que le médecin praticien agira. Je n'entrerai point dans le détail de toutes ces circonstances; il me faudrait rappeler plusieurs maladies qui sont étrangères au sujet de ma dissertation, qui était uniquement destinée à l'histoire de l'*asthme*.

Multùm egerunt qui antè nos fuerunt, sed non peregerunt; multùm adhuc restat operis, multùmque restabit; nec ulli nato, post mille sæcula, præcludetur occasio aliquid adhuc adjiciendi.

SÉNÈQUE.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*Edente* LORRY).

I.

Iis autem qui ætate (ad dentitionem) sunt majores, tonsillæ inflammatæ, verticuli in occipitio introrsùm extrusiones, asthmata eveniunt. *Sect.* 3, *aph.* 26.

II.

Senibus autem, spirandi difficultates, catarrhi tussiculosi. *Ibid.*, *aph.* 31.

III.

Mutationes *anni* temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus magnæ mutationes, tùm *frigoris*, tùm *caloris*, et cætera, pro ratione eodem modo. *Ibd.*, *aph.* 1.

IV.

Autumno... asthmata, et volvuli, et épilepsiæ, et insaniæ, et melancholiæ. *Ibid.*, *aph.* 22.

V.

Tenuis et seviori normæ adstrictus victus, in longis morbis semper perniciosus. *Sect.* 5, *aph.* 4.

V.

In exacerbationibus cibum subtrahere oportet. Exhibere enim, noxium est, et quæcunque per circuitum exacerbantur, in exacerbationibus subtrahere oportet. *Sect.* 1, *aph.* 11.